



► **O68**
Bioética

SOCIAL EQUALITY, JUSTICE, AND HEALTH POLICY

IGUALDADE SOCIAL, JUSTIÇA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Igualdad Social, Justicia y Políticas de Salud*

María Graciela de Ortúzar ◀**

► **Fecha de recepción: febrero 18 de 2011**

► **Fecha de evaluación: abril 2 de 2011**

► **Fecha de aceptación: mayo 3 de 2011**

* Este trabajo se encuentra enmarcado bajo los siguientes proyectos de investigación vigentes: 1- Proyecto "Igualdad, TICs y políticas integrales para una mejor calidad de vida," CONICET, Investigadora Adjunta; 2- Proyecto 29/C039 "Telesalud en la Cuenca Carbonífera de Río Turbio," Directora M. Graciela de Ortúzar; 3- Proyecto 11/J098 "La Sociedad de la Información como desafío," UNLP-FACJS, Directora Noemí Olivera- Co- Directora M. Graciela de Ortúzar-

** Dra. en Filosofía, UNLP – Universidad Nacional de La Plata-; Prof. Adjunta Ordinaria UNPA- Universidad Nacional de la Patagonia Austral-; Investigadora Adjunta CONICET –Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas-, Argentina. E-mail: graceortuzar@hotmail.com

► RESUMEN

El presente trabajo busca integrar los resultados de los estudios empíricos sobre el impacto de la desigualdad social en salud con los estudios normativos que justifican diferentes modelos de justicia y políticas públicas de salud. La metodología elegida es "equilibrio reflexivo". El fin; brindar no sólo una contribución a la ética teórica sino también, y muy especialmente, brindar una integración de los conocimientos de la ciencia, la filosofía política y la ética aplicada, para el diseño de políticas públicas que reduzcan las desigualdades en salud.

► Palabras Clave

Determinantes sociales, igualdad, teorías de justicia, salud en todas las políticas, responsabilidad social.

► ABSTRACT

The aim of the present work is to integrate the results of the empirical studies on the impact of the social inequality in health, with the normative studies that justify different models of justice and public policies of health care. The methodology selected is "reflective equilibrium". The end: to offer not only a contribution to the theoretical ethics, but also, and very specially, to offer an integration of the knowledge of the science, the political philosophy and the applied ethics, for the design of public policies that reduce inequalities in health care.

► Key Words

social determinants, equality, justice theories, health in all policies, social responsibility.

► RESUMO

O presente trabalho busca integrar os resultados dos estudos empíricos sobre o impacto da desigualdade social na saúde com os estudos normativos que justificam diferentes modelos de justiça e políticas públicas de saúde. A metodologia escolhida é o "equilíbrio reflexivo". A finalidade: oferecer não apenas uma contribuição à ética teórica, como também, e muito especialmente, oferecer uma integração dos conhecimentos da ciência, da filosofia política e da ética aplicada, para o design de políticas públicas que reduzam as desigualdades na saúde.

► Palavras-chave

Determinantes sociais, igualdade, teorias de justiça, saúde em todas as políticas, responsabilidade social.



INTRODUCCIÓN

En el último siglo, el progreso tecnológico y el crecimiento económico transformaron la sociedad tradicional en la denominada “sociedad moderna”, modificando las condiciones de vida con una velocidad y un dinamismo inimaginables hasta entonces. El confort material (provisión de agua caliente, cloacas, ventanas, calefacción, luz eléctrica, transportes, etc), los lujos, el bienestar (medicamentos, nuevas terapias, entre otros), todos y cada uno de ellos, harían pensar que, en la actualidad, vivimos mejor que en el siglo pasado. Pero, ¿vivimos mejor?. ¿Se traduce el éxito material y el crecimiento económico en una mayor felicidad colectiva?. De acuerdo con Wilkinson (2005; 2009), el éxito material *no* produjo más felicidad, sino más *stress* y nuevas enfermedades vinculadas al mismo (depresión, ansiedad, dependencia a drogas, violencia, entre otras). El éxito material de la sociedad moderna se transformó en un *fracaso social*, fracaso expresado en la *calidad de las relaciones sociales* y en la *destrucción ecológica que los niveles de consumo insostenible traen aparejados*. He aquí la primera paradoja del mundo moderno.

Ahora bien, ¿cuál es la causa del deterioro de las relaciones sociales?; ¿cuál es la causa del aumento de enfermedades psicosociales?; ¿por qué nos sentimos infelices?. El punto de Aquiles se encuentra –de acuerdo con Wilkinson– en las *relaciones entre las desigualdades de ingreso, las desigualdades sociales, y las desigualdades en salud*. La naturaleza humana es social, cooperamos naturalmente y tenemos sensibilidad fisiológica al status social y a las sociedades jerárquicas: “Cooperamos porque está en nuestra naturaleza básica. Nuestro cerebro se ha expandido por la demanda social, por nuestro deseo de ser valorados y necesitados por otros. Y somos sensibles a un mundo social que no favorece la cooperación (toxicidad social)” (Wilkinson, 2005; Tomassello, 2010). Sólo las sociedades cooperativas producen relaciones de amistad, confianza, reciprocidad, sentimientos de identidad con la comunidad, cohesión y participación social; generando capital social, brindando seguridad y mejorando la salud del individuo y la población. Por ello, la comprensión del efecto de la desigualdad social en salud, y –fundamentalmente– la comprensión del rol de los determinantes psico-sociales, nos permitirá mostrar –desde las evidencias empíricas– la importancia de “*la igualdad en la salud*”.

En pos de obtener una mayor claridad en la exposición, dividiré el trabajo en tres partes. En la *primera parte* comenzaré definiendo la “salud” y los “determinantes sociales”, mostrando la relación que existe entre desigualdad social y salud. En la *segunda parte*, analizaré el impacto de los resultados de éstos estudios en los modelos normativos de justicia en salud. En la *tercera parte*, analizaré críticamente el proceso de construcción de políticas públicas sanitarias para reducir desigualdades.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente trabajo es integrar los resultados de los estudios empíricos sobre el impacto de la desigualdad en salud con los estudios normativos, ideales, que justifican diferentes modelos de igualdad y políticas públicas de salud. El fin: es brindar, no sólo una contribución filosófica a la ética teórica, sino también, y muy especialmente, brindar una integración de los conocimientos de la ciencia, la filosofía política y la ética aplicada, para el diseño de políticas públicas y acciones que reduzcan las desigualdades en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Partiendo de los estudios empíricos sobre desigualdades sociales y su impacto en la salud, se analizará la adecuación de dichos conocimientos a los marcos normativos de teorías de justicia en salud. En este sentido, se trata de un “equilibrio reflexivo en sentido amplio”, esto es, la consideración teórica de la justificación ética y el proceso relevante para ayudar a resolver los problemas morales tanto en el nivel práctico como teórico.

RESULTADOS

Parte I. Definiendo la salud y los determinantes sociales

Existen diferentes *definiciones de salud/enfermedad*, pudiendo distinguirse, principalmente, dos grandes corrientes: 1. *El modelo biologicista o naturalista*; 2. *El modelo normativo*. El primero considera a la enfermedad como la desviación de la normalidad natural de la especie (Boorse, 1977, 1997; Daniels, 1996, 2000). Se presenta como una definición neutral y objetiva; criticando la definición normativa de salud debido a los posibles abusos políticos y discriminatorios que la misma puede dar lugar al suponer valores en la consideración

de la anormalidad. No obstante, dentro de los normativistas encontramos propuestas, como la de Culver y Gert (1996), que brindan una definición objetiva de la enfermedad basada en el concepto de daño: una persona está enferma si está sufriendo o tiene un riesgo elevado de sufrir un daño (muerte, dolor, discapacidad, pérdida de la libertad, placer, etc). Ambas definiciones poseen sus problemas y limitaciones, los cuáles -por razones de espacio- no serán analizados aquí (Ortúzar, 2006). No obstante, para los fines de nuestro análisis, supondremos una definición operacional multicausal del proceso de salud-enfermedad, condicionada por factores psico-sociales, ambientales, genéticos, biológicos, entre otros.

En lo que respecta a los denominados “*determinantes sociales de la salud*”, Wilkinson define a los mismos como aquellos factores ambientales y de la estructura social que afectan nuestras vidas y nuestra salud por la interacción del individuo con su medio. El citado autor distingue dos tipos de determinantes: *1 factores materiales* y *2 factores psico sociales*.

1. Los factores materiales son condiciones que afectan la salud *más allá de si estamos conscientes o no de los mismos*. Por ejemplo, la contaminación ambiental, el envenenamiento, la deficiencia de vitaminas, afectan la salud independientemente de si los sentimos, sabemos o pensamos acerca de los mismos. Estos factores son importantes en países y regiones muy pobres, donde se dan niveles de *pobreza absoluta* (privación absoluta de necesidades básicas). En estos casos, interviniendo materialmente, mejoramos la salud en forma significativa. Pero, a medida que los países se hacen más ricos, la relación entre el crecimiento económico y la salud se debilita. Lo que importa en el interior de esos países es el *ingreso relativo o pobreza relativa*, basada en la diferenciación del status social. Ej.: en 1996 la población negra en Harlem, NY, Estados Unidos, tenía un ingreso medio de 26 dólares y una expectativa de vida de sólo 66 años; mientras que en Costa Rica su ingreso era de 6 dólares y su expectativa de vida era de 75 años. El ingreso era cuatro veces mayor en Estados Unidos, aún cuando la expectativa era de 9 años menos. Otro ejemplo es el citado por *New England Journal of Medicine*, en 1990, donde menciona que un niño nacido en Harlem tiene menos expectativa de vida que un niño nacido en Bangladesh, uno de los países más pobres del mundo - PARADOJA II- Privación

absoluta y relativa - . He aquí la importancia del segundo tipo de determinantes, los factores psico-sociales.

2. Los factores psico sociales afectan nuestra salud sólo si estamos conscientes de ellos, ya que suponen sentimientos que dañan la salud. Si bien algunos pueden solucionarse materialmente, la privación central no es la privación material, sino la *privación relativa* que produce ciudadanos de segunda. La pobreza relativa se vincula con el *estatus social bajo*, la relación entre individuos y clases, y la exclusión social. Éstos son los determinantes de la salud más importantes en la sociedad moderna. Los factores psico-sociales afectan la *calidad de nuestras relaciones sociales*, el grado de control que tenemos sobre nuestras vidas, ocasionando nuevas enfermedades y la extensión de enfermedades de los países ricos a los países pobres (enfermedades psico-sociales, cardiovasculares, cáncer, obesidad, drogadicción, etc). Los riesgos psico sociales reflejan cómo sentimos, experimentamos y sufrimos nuestras vidas.

Dentro de los factores psico sociales, podemos distinguir tres factores de riesgo fundamentales:

1. Estatus social bajo: Hace referencia a los bajos niveles materiales (diferencias de ingresos) y a la posición jerárquica inferior de subordinación. Esto implica el no - control sobre nuestro trabajo y sus circunstancias. La emoción central es la vergüenza. El bajo estatus social, el sentimiento de no respeto a su dignidad, genera un tipo de violencia. La misma fue expresada por Adorno (Adorno, 1950) como “*Reacción bicicleta*” (reverencia a los superiores y patadas a los subordinados). Esta violencia genera también discriminación y racismo. Los humillados tienden a humillar, demostrando su superioridad ante otros grupos vulnerables. En la cultura machista de sociedades no igualitarias, la desigualdad se traduce en drogadicción, alcoholismo y violencia doméstica. En las mujeres se suma la depresión y el embarazo adolescente; y en los niños el déficit de atención y los problemas de comportamiento. Así mismo, en sus estudios comparativos, se muestra cómo mejorando el status de la mujer, se mejora el status del hombre. Ej.: sociedad matriarcal, Kerala, India.

2. Relaciones sociales pobres: Se refiere a la carencia de amigos y a las relaciones sociales débiles, hecho que se acompaña con falta de participación en

la comunidad y la falta de valoración y respeto. En un contexto de relaciones jerárquicas el juicio de los otros afecta nuestra seguridad porque nos experimentamos a través del ojo de los otros, produciendo stress crónico, ansiedad y rivalidad por la necesidad de ser reconocidos. Estos sentimientos no surgen en comunidades cooperativas, basadas en la reciprocidad y ayuda mutua. Ej.: la comunidad italiana de Roseto en Estados Unidos, cuya unidad e identidad le permitió - como ocurre también con la comunidad hispana en el citado país - mantener una expectativa de vida más alta en comparación con otros grupos de inmigrantes "integrados" a la sociedad norteamericana, en lenguaje y hábitos de vida, pero con una expectativa de vida menor.

3. Experiencias de niñez temprana: Se basa en el stress pre y post natal que nos prepara para el conflicto o la cooperación, y genera consecuentes enfermedades futuras producidas por el bajo peso al nacer, como ocurre con la diabetes. En contraposición, Wilkinson muestra cómo el desarrollo en los primeros años de vida, apoyado en lazos fuertes de contención familiar y social, junto con la educación, produce una tasa de retorno en el capital social, en el trabajo y la productividad en la economía.

► **O72**
Bioética

En síntesis, los procesos psico-sociales citados tienen su base en los problemas materiales de la estructura (desigualdades de ingresos), y éstos se reflejan en la calidad de relaciones sociales contraídas por esos fundamentos materiales. Las relaciones sociales actuales se basan en un modelo jerárquico, competitivo, planteándose relaciones de dominación y *ciudadanos de segunda clase viviendo vidas de segunda clase*. Las amistades, basadas en la reciprocidad, son difíciles en un contexto de injusticia (Aristóteles, 1155b; Daguerre, 2010). Los amigos tienden a ser casi iguales, de su misma clase. Y esto se debe a la imposición del modelo de mercado, el cual favorece estrategias basadas en el egoísmo y en la competencia, el individualismo y la movilidad geográfica, promoviendo el crecimiento económico, el consumismo asocial, la destrucción de los recursos y la contaminación ambiental. El mercado no genera igualdad en las relaciones sociales, por el contrario, las destruye. De esta manera, las desigualdades económicas y sociales, expresadas en la desigualdad de ingresos y en las diferencias sociales, produce relaciones

sociales débiles (el otro es el rival) que afectan nuestra salud (vulnerabilidad por factores psicosociales), y, por consiguiente, nuestra calidad de vida general y nuestra felicidad, porque atentan contra nuestra naturaleza social y cooperativa humana.

DISCUSIÓN

Parte II: Análisis crítico del modelo normativo

Uno de los aspectos más destacados de los estudios empíricos y conclusiones de los determinantes sociales en salud, es la crítica a los enfoques que centran el problema de acceso igualitario a la salud *exclusivamente* en el acceso universal al sistema médico. *La salud no se reduce al acceso a la atención de la salud en servicios hospitalarios, sino que debe ser considerada en un sentido amplio. Las diferencias en salud no son reflejo de las diferencias de acceso hospitalario, sino producto de las desigualdades sociales.* Existen "gradientes sociales de salud"; es decir, la salud está dividida en grados por el estatus social (gradiente socio económico: ingreso, educación, ocupación). Al respecto, Marmot mostró que por cada rango de ejecutivos "senior" hacia abajo, hasta ejecutivos rasos, hay más anginas, más diabetes y más bronquitis en los niveles más bajos (Marmot, 2000). Los gradientes en el trabajo y la posición social constituyen el mejor predictor del nivel de salud. Estos estudios epidemiológicos, junto con otros estudios antropológicos, de psiconeuroinmunología, estudios sobre stress y hechos reportados en la historia de la medicina, nos llevan a formular tres consideraciones importantes que deben ser tenidas en cuenta por todo modelo normativo de justicia en salud:

1. Se requiere una teoría de justicia social como marco-macro de la teoría de justicia en salud para garantizar las mejoras en la salud (salud en sentido amplio) debido a que las diferencias de salud son producto de las desigualdades sociales.

2. La salud, en sentido estricto, no es un bien especial y no puede reducirse a la dimensión biológica, requiriéndose enfoques intersectoriales.

3. Los "estilos de vida individuales" no constituyen los elementos centrales a la hora de determinar *responsabilidades en salud*, porque las mismas no recaen - principalmente - en la responsabilidad individual sino

social, en los determinantes estructurales (ingresos, educación, género, ocupación, etnia, posición social) e intermedios (condiciones materiales, cohesión social, factores psicosociales, conductas y factores biológicos) que condicionan la salud.

Ahora bien, si analizamos el modelo normativo de justicia en salud propuesto por Norman Daniels (1985,ss), observaremos que el mismo posee una serie de méritos y, también, de limitaciones vinculadas a las evidencias wilkinsonianas. Entre los méritos, cabe destacar que el citado autor formula una de las pocas *teorías de justicia en salud sistemática* vinculada con una *teoría de justicia social*. Daniels brinda una justificación normativa del derecho a la salud, extendiendo, en forma condicional, la teoría de justicia social rawlsiana a la salud. La atención de la salud es una *necesidad* y no una preferencia o bien de consumo librado al mercado. Por ello, partiendo de la intuición general de que las ventajas naturales y sociales son moralmente arbitrarias, es decir no merecidas, se requiere socializar los riesgos y beneficios de la salud en un modelo de seguridad pública universal. Subordina la atención de la salud al bien primario de la *oportunidad* y considera a la salud como un bien especial por su impacto en la igualdad de oportunidades. Pero, no explica por

qué debería reconocerse el carácter de la salud como bien especial. La prioridad de la salud, entendida en un sentido estrecho, generaría conflictos con las restantes necesidades básicas. En el contexto del necesario equilibrio entre equidad y eficiencia que requiere la teoría de justicia, la responsabilidad social en salud se limitaría sólo a reestablecer el rango normal de oportunidades.

Como hemos anticipado, esta teoría posee una serie de problemas estructurales generados a partir de su concepción biológica de la naturaleza de la salud y las necesidades humanas, y por la consiguiente artificial separación de los factores biológicos y sociales. Daniels limita su Teoría de las Necesidades a la normalidad natural, definiendo las necesidades como aquellas cosas que se requieren para mantener, restaurar o brindar equivalentes al normal funcionamiento de la especie. Excluye deliberadamente las necesidades psicosociales. No obstante, en sus últimos trabajos, el citado autor ha ampliado la lista de necesidades médicas e incorporado los *determinantes sociales* en la misma (Daniels, 2000). A pesar de su reconocimiento, no existe explicación alguna de cómo se derivarían los determinantes sociales de una lista natural de necesidades y qué tipo de necesidades comprenderían el conjunto no definido de determinantes sociales. Privilegiaría el tratamiento exclusivo de enfermedades con causa biológica y excluiría el tratamiento de necesidades psico-sociales, por no responder al concepto de enfermedad.

En síntesis, si bien el modelo danielsiano ha superado parcialmente la prueba (teoría de justicia social, responsabilidad social y rechazo del mercado respectivamente); su sistema se presenta como un sistema fuertemente dualista (natural vs. social). Los intentos de salvar sus fallas estructurales a través de argumentos *ad hoc*, como el reconocimiento forzoso de los determinantes sociales en salud, lejos de superar sus problemas, refuerzan la arbitrariedad de la concepción natural de necesidades y la limitación de la base informacional de bienestar objetivo al exclusivo factor biológico, oscureciendo el index de necesidades. Este dualismo se reproduce también en la separación artificial de necesidades médicas –obligatorias– y mejoramientos no obligatorios, distinción basada en su criterio biológico.

En pos de superar las debilidades del modelo normativo danielsiano, propongo un modelo integral, inspirado en Doyal (1991)–Sen (1995), y basado en el ideal normativo de

En lo que respecta a los denominados “determinantes sociales de la salud”, Wilkinson define a los mismos como aquellos factores ambientales y de la estructura social que afectan nuestras vidas y nuestra salud por la interacción del individuo con su medio.

autonomía crítica como fundamento último de la igualdad en salud (de Ortúzar, 2005,ss). Entiendo por *autonomía crítica* no sólo la capacidad de razonar, argumentar y elegir, sino la capacidad de comparar reglas culturales, trabajar con otros para cambiarlas, y participar en la sociedad. Asimismo, entiendo por *necesidades* aquellas condiciones que todo ser humano busca satisfacer para evadir un daño serio o riesgo de daño serio. El daño serio constituye un obstáculo importante para la *participación social* y la libre elección del plan de vida del individuo porque afecta los *intereses objetivos* de la persona moral, es decir, aquellos que expresan su verdadero interés y que están por encima de las convicciones individuales porque son condiciones de posibilidad de las mismas; incidiendo en el rango abierto de oportunidades (disminución de las capacidades).

Dicho criterio se destaca por su énfasis en políticas preventivas. La responsabilidad social en políticas de salud no se reduce a reparar el daño serio –tratamiento de la enfermedad–, sino a prevenirlo y evitarlo anticipadamente, lo cuál también implica el mejoramiento integral. Por lo tanto, el índice de bienestar objetivo no se reduce a las necesidades naturales, sino a un sistema integral de necesidades y capacidades.

De esta manera busco ampliar la base informativa del bienestar objetivo, negando el carácter especial de la salud y proponiendo un sistema integral, no jerárquico, de necesidades y capacidades. Cada una de las necesidades influye en más de una capacidad, generando una interacción y una dependencia mutua entre las mismas porque la falta de alguna puede desmoronar todo el sistema. En consecuencia, la atención de la salud no se limita a los servicios de salud –salud como bien especial–, sino exigiendo políticas intersectoriales conjuntas (medio ambiente, prevención, mejoramiento alimentario, salud laboral, etc) y políticas integrales al interior de cada servicio médico. Por ejemplo, un ambiente de trabajo sano no constituye exclusivamente una necesidad física, también incide en la autoestima, en la salud mental. El modelo integral, subraya los factores y/o necesidades psicológicas y sociales (seguridad en la niñez, grupos primarios contenedores, seguridad física y económica, control reproductivo prenatal, libertad de expresión, etc). Esto pone en evidencia la complementariedad y la importancia del enfoque integral de

necesidades y capacidades con el enfoque de los determinantes psicosociales para la construcción de políticas intersectoriales. La justificación moral última de las políticas de salud descansa en la equidad y el desarrollo autónomo de la persona para participar activamente en la sociedad. ¿Cuál es entonces el ideal normativo de Salud en Todas las Políticas –STP–?

Parte II- Políticas públicas sanitarias para reducir desigualdades: STP

A nivel de agenda en políticas públicas, nos encontramos insertos en un proceso de cambio y reformas sanitarias que tienen en cuenta los *determinantes sociales* y la importancia de los modelos integrales. Se trata de un cambio de paradigma, de *políticas sanitarias focalizadas a políticas intersectoriales en salud*. La promoción de la salud no es responsabilidad únicamente del sector de la salud, sino que va más allá de los *estilos de vida individuales* demandando *entornos saludables* (*Declaración de Salud para todas las políticas*, Adelaida, 2010). Los objetivos de las nuevas políticas públicas sanitarias son: reducir las desigualdades para un desarrollo sostenible; mejorar el proceso de toma de decisiones, la cohesión social y prioridades ciudadanas; contribuir al abordaje intersectorial y ayudar a hacer las políticas más consistentes, trasladando el foco de los estilos de vida y enfermedades individuales hacia los factores y las acciones sociales:

Las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social. La reducción de las desigualdades y las diferencias sociales mejoran la salud y el bienestar de todos. La buena salud mejora la calidad de vida y la productividad laboral, aumenta la capacidad de aprendizaje, fortalece a las familias y a las comunidades, y contribuye a la sostenibilidad del hábitat y del medio ambiente, así como a la seguridad, la reducción de la pobreza y la inclusión social.

Como ejemplo del nuevo paradigma podemos mencionar el modelo sueco, país que desde el 2003 aplica STP. Sus principios son:

1. Fuerte, solidaridad y “comunidad social”
2. Entornos sociales que apoyen al individuo.
3. Condiciones seguras e iguales durante la infancia/adolescencia.
4. Alto nivel de empleo.

5. Buen entorno laboral/condiciones trabajo.
6. Áreas verdes accesibles-entornos saludables dentro y fuera casa.

Luego de esta breve presentación de STP, cabe aquí reflexionar sobre dos cuestiones críticas. La primera se refiere a la cuestión de las prioridades en salud en regiones de pobreza absoluta, muy diferentes al contexto cooperativo de Suecia. La segunda alude a las cuestiones coyunturales y razones pragmáticas para aplicar dichas políticas intersectoriales, basándonos en los análisis de los determinantes sociales y su ideal normativo subyacente.

Con respecto a la primera, si bien éstas políticas pueden aplicarse a diferentes regiones que sufren las consecuencias del modelo jerárquico de relaciones sociales impuesto por el mercado (pobreza relativa); en regiones muy pobres (pobreza absoluta, ej. Formosa, Chaco de Argentina) la satisfacción de las necesidades básicas (privación absoluta) continúa siendo la prioridad en la mejora de la salud. Es decir, las enfermedades endémicas, llamadas también enfermedades de la pobreza, son aquellas que pueden ser evitadas con las intervenciones materiales tempranas y constituyen una urgencia de primer nivel que contrasta con el éxito material y el despilfarro de recursos en otras partes del mundo. Ej.: Chagas, Malaria, Tuberculosis, dengue, erradicadas en otros momentos de nuestros países de América Latina, han regresado por la ausencia de políticas preventivas y controles continuos, junto con el aumento de la pobreza. Por otra parte, resulta oportuno resaltar que dichas enfermedades son producto de la aplicación de las políticas del Banco Mundial a los países de América Latina. Este modelo neoliberal descansa sobre la omisión del Estado y la falta de responsabilidad social, modelo justificado en la libre explotación de ventajas naturales y la propiedad absoluta (Nozick 1974, Engelhardt, 2000). En contraposición a este modelo, las experiencias regionales de STP, como las promovidas por los gobiernos de Brasil y Chile, plantean la clara necesidad de superación del modelo neoliberal de mercantilización y privatización de la salud hacia un nuevo modelo de desarrollo económico y social sustentable, donde la salud es un Derecho Humano, no una mercancía ni un instrumento. Como medidas de acción se propusieron el fortalecimiento de la sociedad civil para el desarrollo de políticas públicas integrales que aborden los determinantes sociales:

1. Incrementar la cohesión social, incluyendo la reducción en la discriminación contra minorías así como la promoción de la democracia;

2. Promover mejores condiciones de trabajo a través de la disminución del estrés crónico, la promoción de participación de los empleados en su ambiente laboral así como impulsar esquemas flexibles de trabajo;
3. Mejoría de las condiciones para niños y jóvenes a través del ingreso universal y escuelas promotoras de salud;
4. Mejoría del ambiente físico a través de la coordinación de intervenciones medio ambientales y de salud;
5. Promoción de entornos saludables;
6. Apoyo a la educación e investigación en salud (Departamento de Apoyo a la Gestión Participativa, Brasil). Aquí, el ideal normativo se centraría en la salud como derecho humano básico, y no se confunde con razones instrumentales.

Con respecto a la segunda cuestión crítica, si analizamos históricamente los cambios internacionales y regionales en políticas públicas sanitarias, resulta claro que los mismos no se originan sólo por el reconocimiento de los determinantes sociales, las desigualdades y los estudios que muestran que la salud está influenciada por políticas de otros sectores. La importancia de los determinantes sociales ha sido remarcada hace más de tres décadas. Sin embargo, los intereses económicos y políticos que surgen del complejo médico industrial y del mercado privado favorecieron el desarrollo de tecnologías diagnósticas en desmedro de políticas estructurales e integrales que abordan los determinantes sociales:

La conferencia de Alma Ata que se enmarcó en la apertura de un espacio caracterizado por la fortaleza de los no alineados y el grupo de los 77, y por el planteamiento del nuevo orden económico mundial, hubiera ofrecido un marco propicio para el desarrollo de los determinantes dentro de los paradigmas de desarrollo social(...). Lamentablemente, dicha coyuntura fue corta y fue también seguida, luego de la crisis de la deuda, por los programas de ajuste estructural, el Consenso de Washington...todo ello favoreció el desarrollo del neoliberalismo(...) y de enfoques verticales.

La coyuntura mundial actual estaría marcada por el inicio de un desgaste del modelo neoliberal a partir de las tensiones generadas por la creciente inequidad

como resultado de la obsesión por el crecimiento económico...y por la incapacidad del rol redistributivo del Estado(...) A todo ello se suma una creciente preocupación por el cambio climático(...) En la coyuntura actual resulta ilustrativa la creciente atención que se viene brindando al tema de la equidad, no con un enfoque de derechos, sino únicamente como instrumental para el desarrollo sostenible y la gobernabilidad. (Villar, 2007)

Por lo tanto, si bien el auge actual de las citadas políticas responde a razones coyunturales referidas al Consenso que existe sobre los límites del modelo actual neoliberal, límites de consumo y límites ecológicos las evidencias arrojan también una señal de aviso para aquellos que quieran hacer del gasto público y los impuestos bajos la principal de sus prioridades. Si no se evita la desigualdad harán falta más prisiones y más policías. Las tasas de enfermedades mentales serán más altas, así como el consumo de drogas y otros problemas (...) La elección está, pues, entre destinar dinero público para remediar los daños o para prevenirlos (Wilkinson, p.263).

Si bien la necesidad de la reforma en salud descansa en *razones pragmáticas*, debido a que los gastos de los servicios de salud pública son insostenibles y no favorecen el desarrollo económico; la fundamentación última de las políticas de salud no puede descansar en razones instrumentales.

Al respecto, considero que se requiere una justificación moral fuerte de la equidad, la cual no puede reducirse a un enfoque instrumental, utilitarista o pragmático. Estos enfoques, como sabemos, permiten sacrificar el bienestar del individuo o de la comunidad local por el bienestar general. Pero, como Kant ha señalado en forma clara y contundente, el hombre no puede ser utilizado como medio porque es un fin en sí mismo. Y he aquí la necesidad de velar por los Derechos Humanos, como el derecho a la salud, respetando la dignidad humana. Y he aquí la necesidad de acentuar la responsabilidad social de las empresas, multinacionales, los gobiernos, por los daños realizados al medio ambiente. Y he aquí la necesidad de empoderar a la sociedad civil, especialmente a las sociedades más marginadas y con menos cohesión social, para permitirles ejercer su autonomía a través de la participación democrática, y fuera de la burocratización, la cooptación, la corrupción

Entiendo por autonomía crítica no sólo la capacidad de razonar, argumentar, elegir, sino la capacidad de comparar reglas culturales, trabajar con otros para cambiarlas, y participar en la sociedad. Asimismo, entiendo por necesidades aquellas condiciones que todo ser humano busca satisfacer para evadir un daño serio o riesgo de daño serio.

y las coyunturas. Contribuir a la igualdad implica, desde ya, contribuir a la igualdad material y favorecer el desarrollo de la autonomía crítica y participativa.

CONCLUSIÓN GENERAL

Considero que los aportes de Wilkinson a la comprensión de la relación entre desigualdad social y salud arrojan luz sobre cómo la organización social de la vida material tiene implicancias psico-sociales en la salud (stress crónico, emociones sociales y nuevas enfermedades) porque no respeta la naturaleza social y las estructuras mentales primitivas. El análisis sobre la desigualdad social y salud ha permitido reformular marcos normativos de justicia en salud, como el modelo danielsiano, hacia nuevos modelos integrales, generando también reformas a nivel de justicia y políticas públicas en salud (salud en todas las políticas). Estas políticas han cobrado fuerza debido a los límites del crecimiento económico y el nivel de destrucción ambiental e inequidades producto de la explotación indiscriminada de las ventajas individuales y recursos públicos. Y, si bien el fortalecimiento de las relaciones comunitarias, la reciprocidad y la confianza evitarían los factores psico-sociales que producen enfermedades; resulta claro que es el mercado la causa principal de estas desigualdades sociales.

Por ello, la fundamentación moral de la equidad no puede basarse en el crecimiento, la productividad del modelo de desarrollo y la libre distribución del mercado. Estos modelos sacrifican individuos y comunidades en función de un supuesto bienestar general, que no es tal. La humanidad no puede ser utilizada como medio. Y este es el límite normativo del citado modelo, el cual se complementa con el límite fáctico del crecimiento económico. Por lo tanto, la igualdad exige una concepción fuerte no discriminatoria, que defienda no sólo una autonomía postulada. Se trata de garantizar las condiciones materiales para la realización de la autonomía. Y estas condiciones exigen igualdad de ingresos y protección de bienes públicos, como la salud, el medio ambiente y la educación. Por ello, las reformas de la salud demandan, no sólo cambios culturales y de estilos de vida, sino políticas de fondo destinadas al ingreso universal, la propiedad participativa, la democracia económica, y el control de mercado para la eliminación de las desigualdades.

REFERENCIAS

- Adorno, T. *et al.* (1950). *The authoritarian personality*. NY : Harper.
- Aristóteles. (1985). *Ética a Nicómaco*. México: Edit. Porrúa.
- Daguerre, M. (2010). Sobre el valor de la amistad y su conflicto potencial con la moral. Una revisión del debate contemporáneo. *Revista Diánoia*, vol. LV, Nro 64.
- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ——— (2000). Justice is good for our Health. *Boston Review*, A political and literary forum.
- Ortúzar, M. (2006). Análisis crítico del concepto de enfermedad como criterio de acceso a la atención de la salud: naturalismo vs. normativismo, *Revista Latinoamericana de Filosofía*, vol. XXXII N.1, p.p.73-101.
- ——— (2008). Hacia un enfoque integral de necesidades; En
- Ausín, T, Aramayo, R, eds; *Interdependencia: del bienestar a la dignidad*. Plaza y Valdés.
- Doyal, L. Gough, I, *A theory of human needs*. NY: Guilford.
- Engelhardt, T. *The Foundation of Bioethics*. NY: Oxford University Press.
- Kant, I, (1981). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid: Espasa Calpe.
- Marmot, et al. (2000). International comparators and poverty and health in Europe, *British Medical Journal* 321,1, 124-28.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*. NY: Basic Books.
- Sen, A, (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza.
- ——— (2009). *La idea de la justicia*. Madrid: Taurus.
- Tomasello, M. (2009). *¿Por qué cooperamos?*, Madrid: Katz.
- Wilkinson, R. (2005). *The impact of inequality*. NY: The New Press.
- Wikinson, R. y Pickett, K. (2009). *Desigualdad*. Turner: Noema.

Documentos:

- Declaración de Adelaida sobre Salud en Todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar, 2010.
- Informe de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008.
- Declaración de Roma sobre la Salud en Todas las Políticas (2007).
- Documento de Consenso de Gotemburgo sobre Evaluación del impacto sanitario (1999).
- Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas públicas favorables a la salud (1988).
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986)
- Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978-).